



© Monkey Business Images / Dreamstime

Es gehört zur ärztlichen Pflicht, über Behandlungsoptionen aufzuklären und zu verstehen, was die Patienten als die für sich beste Lösung betrachten.

Die Präferenzen der Patientinnen und Patienten verstehen

Shared Decision Making Um zu einem stimmigen Gesundheitsentscheid zu kommen, muss eine Patientin richtig informiert sein und ihre Werte und Präferenzen einbringen können. So das Konzept des Shared Decision Making, das neu auch auf der Präventionsplattform www.pepra.ch der FMH zur Verfügung steht. Kevin Selby von Unisanté Lausanne erklärt, wie sich das in der Praxis umsetzen lässt.

Fabienne Hohl
Journalistin

Weshalb wird Shared Decision Making heute so viel diskutiert?

Viele Gesundheitsentscheide sind präferenzabhängig, das heisst unterschiedliche Health Professionals und informierte Patientinnen und Patienten wählen andere Optionen. Ausserdem gibt es oft mehr als ein einzig richtiges Vorgehen – als Arzt ist es meine ethische Pflicht, Vor- und Nachteile zu erklären und zu verstehen,

«In Zeiten der Google-Recherche und der Patientenautonomie wollen die meisten Patienten nicht, dass ich für sie entscheide.»

was die Patienten als die für sich beste Lösung betrachten. In Zeiten der Google-Recherche und der gesellschaftlich anerkannten Patientenautonomie wollen die meisten Patienten nicht, dass ich für sie entscheide [1, 2]. Gerade in Situationen des «klinischen Gleichgewichts» mehrerer gleichwertiger Optionen sollten die Patientinnen und Patienten darüber im Bild sein und ihre Entscheidung treffen können. Dazu kann das Modell des Shared Decision Making wesentlich beitragen.

Wie stark ist Shared Decision Making bereits in den Arztpraxen angekommen?

Heute kennen die meisten Ärztinnen und Ärzte den Begriff und wissen, worum es dabei geht. Natürlich kommt es darauf an, was genau man darunter versteht – den hohen Anspruch an die Einhaltung aller idealen Schritte, den gewisse Forschende stellen, sehe ich kritisch. Für mich als Arzt ist die Hauptsache, dass ich meinem Patienten explizit sage, dass eine Entscheidung ansteht, die wir gemeinsam treffen

«Weiss ich wirklich, was meine Patientin in dieser Situation wünscht – oder glaube ich es nur zu wissen?»

sollten, und was für Optionen er hat. In Workshops interessieren sich die Kolleginnen und Kollegen vorab für die praktische Umsetzung des Shared Decision Making, also für konkrete Fälle: Wo findet man die einschlägigen Unter-



Dr. med. Kevin Selby
PD-MER, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Lausanne

lagen? Gibt es Entscheidungshilfen? Dies unterstreicht, wie wichtig Plattformen wie PEPrä sind, da sie Grundlagen und Materialien für die patientenzentrierte Kommunikation verständlich und übersichtlich aufbereiten und für die Praxis bereitstellen [3].

Wie lässt sich die Theorie am besten im Berufsalltag fruchtbar machen?

Wir Ärztinnen und Ärzte sind es eher gewohnt, Menschen von etwas zu überzeugen, als Unsicherheit oder mehrere mögliche Vorgehensweisen darzustellen und mit unseren Patienten zu diskutieren. Wohl, weil wir viele Dinge sehr oft rasch entscheiden und wir uns nicht die Zeit nehmen, die ausschlaggebenden Argumente dafür explizit zu benennen. Wir tun dies höchstens im Rahmen der fachlichen Diskussion im kollegialen Umfeld. Klassischerweise geschieht dies in der Notaufnahme, etwa bei Diskussionen zwischen Assistentinnen und Weiterbildenden, oder wenn sich das Tumor Board für eine bestimmte Chemotherapie ausspricht. Wie auch in der Allgemeinpraxis: Schicke ich

«Ich muss als Arzt merken, wo und wie ich die Patientinnen einbeziehen kann und soll.»

einen Mann mit einem Prostatakrebs im Frühstadium gleich zur Chirurgin oder zuerst in die Radiologie? Nicht immer wird der Patient nach seiner Meinung zum Vorgehen gefragt. Also muss ich als Arzt merken, wo und wie ich die Patientinnen einbeziehen kann und soll. Meines Erachtens gelingt dies umso besser, je stärker die Ärzteschaft ihre Entscheide reflektiert, beispielsweise in Qualitätszirkeln. Dadurch wird sich allmählich der Reflex etablieren, innezuhalten und sich zu fragen: Weiss ich wirklich, was meine Patientin in dieser Situation wünscht – oder glaube ich es nur zu wissen?

Welche Rolle spielen Entscheidungshilfen beim Shared Decision Making?

Als wissenschaftlich fundierte, patientengerecht dargestellte Informationen sind sie eine ausgezeichnete Diskussionsgrundlage und können die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit und deren therapeutischen Lösungen entscheidend fördern. Sie verschaffen den Betroffenen Zeit zur Reflektion und die Gelegenheit, Antworten für sich zu finden, aber auch die wesentlichen Fragen an ihre Ärztin, ihren Arzt zu formulieren. Insofern gibt es Bedarf an guten Decision Aids. Dies darf uns Gesundheitsfachleute je-

Shared Decision Making

Das patientenzentrierte Modell des Shared Decision Making stärkt die Patientinnen und Patienten als aktive Partnerinnen und Partner bei der Behandlung. Dennoch geht es dabei nicht um völlige Autonomie, da die ärztliche Fachperson ihre klinische Erfahrung, wissenschaftlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zur «Präferenzdiagnose» aktiv einbringt. Die zentralen Elemente des Ansatzes, die unterschiedlich stark gewichtet werden und sich auch überlappen können, beschreiben Elwyn et al. [6]. Ihr Modell umfasst den Team Talk, in dem die Patientinnen und Patienten das Ziel ihrer Behandlung formulieren können und über die verschiedenen Optionen aufgeklärt werden. Der Option Talk vertieft und vergleicht diese verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Dabei präsentiert der Arzt oder die Ärztin diese so neutral und ausgewogen wie möglich, wobei auf Entscheidungshilfen zurückgegriffen werden kann. Diese Decision Aids liefern evidenzbasierte Informationen in Form von Broschüren, Flyern oder elektronischen Medien und helfen den Betroffenen, sich über ihre Werte und Prioritäten klar zu werden. Im Decision Talk bringen ärztliche Fachperson und Patientin medizinische Expertise und persönliche Präferenzen zusammen und kommen zu einer partnerschaftlichen Entscheidung.

doch nicht davon abhalten, selbst darüber nachzudenken, wie wir verschiedene Therapieoptionen kommunizieren möchten. Fehlt eine Entscheidungshilfe, kann bereits ein Blatt Papier mit den zwei angezeigten möglichen Therapien und ihren Vor- und Nachteilen als gute Basis zum Nachdenken, Besprechen mit den Angehörigen und zum gemeinsamen Abwägen mit der Ärztin dienen. Dennoch dürfen wir auch die beste Entscheidungshilfe nicht als reine Zeitsparmethode betrachten, im Sinne von: «Hier haben Sie eine Broschüre, sagen Sie mir nach dem Lesen Bescheid, welche Behandlung Sie wünschen.» Das wäre weder fair, noch würde es dem Ansatz des Shared Decision Making gerecht, das ja auch die ärztliche Empfehlung einschliesst.

Wie geht man als Arzt oder Ärztin vor, wenn ein Patient von sich aus keine Entscheidung treffen will?

Grundsätzlich ist diese Haltung zu respektieren und ich kann die gewünschte Empfehlung aus-



Prävention mit Evidenz
in der Praxis

Prévention au cabinet
médical fondée sur les
preuves



www.PEPrä.ch – Prävention in der Arztpraxis

Wann Risikoverhalten bei Patienten ansprechen? Wie die Motivation zu einer Verhaltensänderung anregen? Welche spezifischen Angebote in der Region empfehlen? Mit diesen Fragen sehen sich Praxisteam in Alltag konfrontiert. Hier setzt die Plattform PEPrä.ch der FMH an, die «Prävention mit Evidenz in der Praxis» erleichtert und fördert: PEPrä bietet für das ganze Praxisteam bewährte Tools, weiterführende Informationen und Hinweise auf regionale Präventionsangebote – evidenzbasiert, patientenzentriert, praxistauglich. In den Fortbildungsmodulen stehen für ärztliche Fachpersonen und MPA/MPK nebst Clinical Updates auch Gesprächstechniken sowie die Möglichkeiten im Zentrum, wie sich das gesamte Team für präventive Massnahmen engagieren kann. PEPrä wird unterstützt durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Erfahren Sie mehr: www.pepra.ch > Fortbildungsmodule (<https://www.pepra.ch/de/fortbildungen>)

© FMH

sehr häufig oder sehr selten Antibiotika zu schlucken oder ein Kniegelenk zu ersetzen. Shared Decision Making bietet hier eine echte Chance, die Meinung und Präferenzen der Patientinnen und Patienten besser zu berücksichtigen – und diese können beträchtlich variieren. Das merkt schnell, wer danach fragt.

Korrespondenz
[info\[at\]pepra.ch](mailto:info[at]pepra.ch)

sprechen. Doch es gibt hoch interessante Studien dazu, dass viele Menschen keine «schwierigen» Patienten sein wollen und sich dem unausgesprochenen Druck unterwerfen, dem viel beschäftigten Arzt keine Zeit stehen zu wollen [4]. Deshalb ist es dennoch

«Die Hauptsache ist, dass ich explizit sage, dass eine Entscheidung ansteht, die wir gemeinsam treffen sollten.»

lohnend, sich die Zeit zu nehmen und die Gründe zu erklären, warum man eine bestimmte Behandlung beginnen würde. So kann ich etwa einer Patientin mit Harnwegsinfekt begründen, warum ich in ihrem Fall Antibiotikum verschreiben möchte und das Risiko von Nebenwirkungen als vertretbar einschätze. Dieses Vorgehen gibt der Patientin möglicherweise Raum, um ihre persönliche Sicht, Werte oder Erfahrungen einzubringen. Vielleicht ist sie dankbar, nach 24 Stunden symptomfrei an den Arbeitsplatz zurückzukehren, oder fürchtet ganz im Gegenteil den Durchfall und die «übliche» vaginale Pilzinfektion nach der Antibiotikum-Kur? Eventuell ist sie mit dem Thema Resistenzen vertraut und möchte deshalb möglichst ohne Antibiotika auskommen? Denn wie wir heute wissen, sind die meisten Frauen ihre Beschwerden nach sieben Tagen auch ohne Antibiotika wieder los [5].

Wo stösst Shared Decision Making an seine Grenzen?

In Notfallsituationen oder wenn ein Mensch

aus anderen Gründen nicht in der Lage ist, einen informierten Entscheid zu fällen und keine benannte Vertretung zur Verfügung steht. Ebenso wenig Sinn macht das Modell, wenn eine bestimmte Therapie aus medizinischen Gründen klar zu favorisieren ist. Dies ist der Fall, wenn die Optionen nicht «klinisch ausgewogen» sind, es also kein «equipoise» gibt. Was uns nicht daran hindern soll, den Betroffenen die Evidenz dafür klar zu erläutern. Doch vor allem bedeutet Shared Decision Making nicht, dass ich jeden Patientenwunsch erfüllen muss: So werde ich die Ursache für Kopfschmerzen nicht umgehend per MRI abklären lassen oder jemandem ohne Not ein Medikament mit Missbrauchsrisiko verschreiben.

«Von mir verlangt Shared Decision Making, meine Überzeugungen und Werte kritisch zu hinterfragen.»

Welche positiven Aspekte hat Shared Decision Making für Sie als Arzt?

Erst einmal nehme ich damit meine Aufklärungspflicht ausführlich wahr und darf mit grosser Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, tatsächlich gemäss den Wünschen meiner Patientin, meines Patienten vorzugehen. Dadurch erhöhen sich ausserdem möglicherweise die Erfolgsaussichten für eine Therapie. Ferner verbessere ich die Qualität meiner Arbeit, weil Shared Decision Making auch von mir verlangt, meine Überzeugungen und Werte kritisch zu hinterfragen. Denn je nach Werdegang, Praxislage und Netzwerk empfehle ich beispielsweise



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code